

Veröffentlichung aus der Pflegezeitschrift

April 2002

55. Jahrgang

ISSN 0945



Winfried Zinn  
An der alten Schule 16  
36355 Grebenhain - Bermuthshain  
Tel: 0 66 44 - 91 91 55  
Fax: 0 66 44 - 91 91 57  
e-mail: [dta@metrik.org](mailto:dta@metrik.org)  
<http://www.metrik.org>

■ Diagnosebezogene Tätigkeitsanalyse:

# Spart Zeit und liefert Argumente

von Christian J. Lanz und Winfried Zinn

Die diagnosebezogene Tätigkeitsanalyse (DTA) ist ein Instrument zur patientenbezogenen Leistungserfassung in den verschiedenen Einrichtungen des Gesundheitswesens. Sie ermöglicht eine zeitnahe Ist-Analyse von Arbeitsabläufen und Tätigkeitsdauern. Zur Umsetzung der DTA wurde das „doculine“-System entwickelt, das neben der Erfassung von Tätigkeiten auch eine unkomplizierte Auswertung gewährleistet. Das System wird im Kreiskrankenhaus Siegen gGmbH eingesetzt. Es hat dort nicht nur zu einer verbesserten Dokumentation geführt, sondern wird auch zur Analyse von Abläufen und Personalkosten für bestimmte Tätigkeiten und Tätigkeitsintervalle – jeweils bezogen auf den einzelnen Patienten bzw. auf einzelne ICD-10- und OPS-301-Kategorien – angewandt. Durch die auf diese Weise gewonnenen Daten können pflegerische Leistungen belegt werden.



(Foto: Eva-Christine Hanewinkel)

Der Zeitaufwand für das Dokumentieren der Pflegetätigkeiten ist enorm: Bereits jetzt benötigt jede Pflegekraft dafür etwa 30 Minuten pro Dienst; im Hinblick auf die Einführung der DRG müssen an die Dokumentation noch höhere Ansprüche gestellt werden.

Gerade im Hinblick auf die sich wegen der Krankenhausvergütung nach dem DRG-System ändernden Anforderungen sind eine kontinuierliche Dokumentation und deren Überprüfung unabdingbar. Denn, wie Erfahrungen in anderen Ländern, die bereits mit DRG-Systemen arbeiten, gezeigt haben, wird der Kostendruck erheblich zunehmen. Das hat zur Folge, dass die innerbetriebliche Leistungsplanung und -steuerung entsprechend angepasst werden müssen. Wer jedoch die Arbeitsrealität der Pflegekräfte in den Stationen kennt, der weiß, dass es kaum noch Ressourcen gibt, Mehraufwand abzudecken. Jede Pflegekraft benötigt bereits jetzt etwa 30 Minuten pro Dienst, um die direkten und indirekten Pflegeleistungen angemessen zu dokumentieren. Nicht selten werden Mindestanforderungen an die Dokumentation unterschritten. Mit der Einführung einer mobilen Leistungserfassung im Krankenhaus ergeben sich wesentliche Chancen für die Pflege. Mit dieser Methode ist es auf eine sehr einfache Art möglich, „Clinical Path-

ways“ (Behandlungspfade) mit konkreten Daten zu untermauern. Den Krankenhäusern bietet sich wiederum die Chance, interne Prozesse in kurzen zeitlichen Abständen an die sich ständig ändernden Anforderungen anzupassen. Dies stellt ein hohes wirtschaftliches Potenzial dar. Beispielsweise können Fehlbelegungsbewertungen in Krankenhäusern zu Budgeteinbußen von bis zu fünf Prozent führen. Dabei beruft sich der MDK vorwiegend auf die ungenügende Dokumentation der am Patienten erbrachten Leistung. Jede nicht dokumentierte Leistung wirkt wie eine nicht erbrachte Leistung. Mithilfe einer EDV-gestützten mobilen Datenerfassung kann der Zeitaufwand für die Dokumentation gesenkt werden. Zur Leistungserfassung wird ein mit einem elektronischen Scanner ausgerüstetes Gerät („doculine“) eingesetzt. Nach einer etwa viertägigen Einarbeitungsphase verkürzt sich die durchschnittliche Erfassungszeit um circa zehn Minuten pro Mitarbeiter pro Schicht bei einer wesentlichen Verdichtung der Dokumenta-

tion. Unter Anwendung des „doculine“ wird die durchschnittliche Tätigkeitsdokumentation von circa 60 Prozent innerhalb einer Woche auf bis zu 90 Prozent und darüber hinaus gesteigert. Im Zusammenhang mit einem Dienstplanprogramm kann mit Unterstützung der diagnosebezogenen Tätigkeitsanalyse (DTA) die Inanspruchnahme von Personal und auch dessen Qualifikation bei Personalengpässen mitberücksichtigt werden. Somit stellt die zeitnahe Auswertung der DTA-Daten in Abgleich mit dem Dienstplanprogramm ein qualitativ hochwertiges Planungsinstrument dar. Die Notwendigkeit von Transparenz ist auch in Altenheimen gegeben. Häufig kommt es nach MDK-Prüfungen zu Rückstufungen der Bewohner in eine niedrigere Pflegestufe, weil nicht ausreichend dokumentiert wurde. Derzeit arbeiten 13 Altenheime in Deutschland mit dem DTA-System. Alle diese Heime haben durch eine verbesserte Dokumentation ihre bisherigen MDK-Prüfungen gut überstanden, einigen gelang es sogar,

Abb. 1: Die vier Elemente der diagnosebezogenen Tätigkeitsanalyse

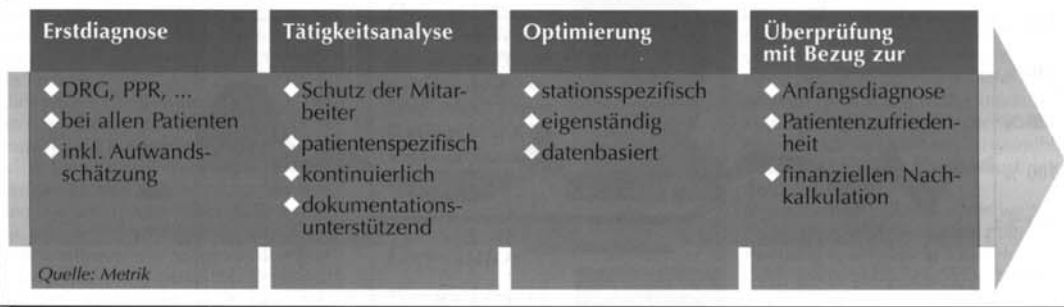
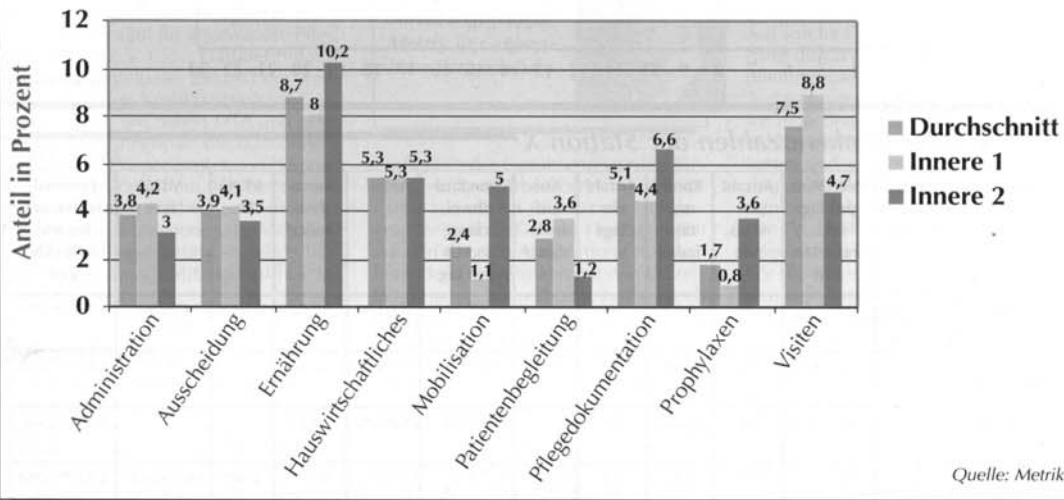


Abb. 2: Vergleich der Tätigkeiten in verschiedenen Stationen gleicher Fachrichtung



mithilfe des Leistungsnachweises durch die EDV-gestützte Dokumentation eine Rückstufung wieder rückgängig zu machen.

### Fragen in der Praxis

In der Praxis stellen sich in diesem Zusammenhang folgende Fragen:

- ◆ Wie sollen Prozesse angepasst werden, um Kosten zu optimieren, wenn diese Kosten nicht fallbezogen nach Diagnosegruppe, Nebendiagnose, Alter, Geschlecht und Station bzw. Abteilung analysiert werden können?
- ◆ Der berufsgruppenspezifische Arbeitsaufwand wird patientengruppenbezogen dargestellt und kann bei den zu erwartenden DRG-Verteilungskämpfen genutzt werden. Wie kann die Pflege hierbei ihre Position festigen?
- ◆ Was spricht für eine Einzelleistungserfassung? Reicht die bisherige Pflegedokumentation nicht aus?
- ◆ Wie kann der zeitliche Aufwand für die Einzelleistungserfassung minimiert werden?
- ◆ Wie können die Auswertungen (Ergebnisse) solch detaillierter Daten nicht nur für die Gesamtsteuerung, sondern auch direkt vor Ort (im jeweiligen Arbeitsbereich) genutzt werden?

Die Einführung der DRG wird zu einer stark vereinheitlichten Leistungsvergütung führen. Krankenhäuser werden

daher genaue Informationen benötigen, welche Kosten pro Diagnosegruppe tatsächlich entstehen und wie sich diese verteilen. Sie fragen also nach

- ◆ den Ist-Personalkosten pro Diagnosegruppe
- ◆ dem Aufwandsanteil der verschiedenen Berufsgruppen pro Diagnosegruppe.

Die DRG sind nach bisherigen Informationen eher medizinisch ausgerichtet und formuliert. Leider besteht jedoch nicht unbedingt ein Zusammenhang zwischen medizinischer Diagnose und Pflegeintensität, was Studien bereits bestätigt haben (Fischer 1999). Daher ist es ein ganz wichtiger Ansatz für die Pflege, ihre Leistungen und den dafür notwendigen Zeitbedarf nachzuweisen und entsprechende Vergütung dafür einzufordern. Das gelingt mit einer kontinuierlichen Tätigkeits-

Anzeige

Abb. 3: Arbeitsbelastung im Tagesverlauf

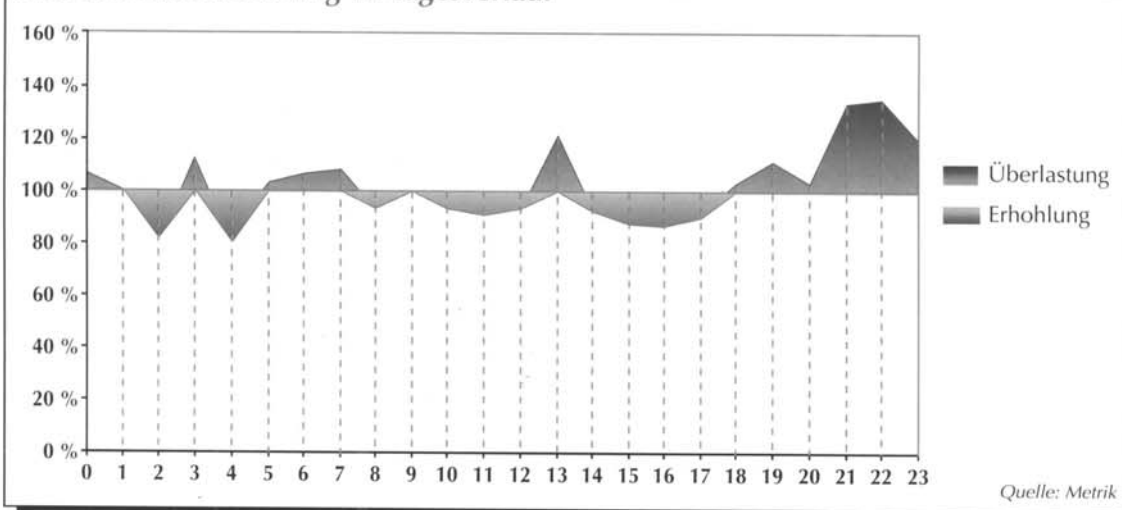


Abb. 4: Patientenkenntzahlen der Station X

Quelle: Metrik

Patientenname	Zeit (Min) pro Tag	Zeit (Min) pro Tag inkl. indirekte Zeit	Anzahl der Aktionen	Kontinuitätsindex	Anzahl der Tage	Aufenthaltsdauer	Standardabweichung in Min pro Tag	Anteil	Summe Zeitbedarf	MDC Nr.	MDC Text	Personalkosten pro Tag inkl. indirekte Zeit
Schwab Herta	154,55	279,16	684	0,57	34	40	87,78	4,01 %	87,58	K 80.8	Cholelithiasis	137,24 DM
Franke Hildegard	168,36	283,51	428	0,46	17		77,90	2,19 %	47,70			141,76 DM
Albrechter Wilhelmiene	107,05	164,57	397	0,62	22		66,14	1,80 %	39,25			82,28 DM
Lunken Hans	158,52	287,51	325	0,45	14	24	71,97	1,70 %	36,99	L 89	Dekubitalgeschwür	142,79 DM
Isenberg Ilonka	128,08	224,73	263	0,70	16	25	89,58	1,57 %	34,15	I 46,9		112,13 DM
Schulz Heike	17,41	26,43	18	0,97	5		16,81	0,07 %	1,45			13,22 DM
Denhardt Maik	19,88	32,19	18	0,92	4	3	18,22	0,06 %	1,33	K 35.9	Akute Appendizitis	16,09 DM
Heimann Vanessa	19,15	30,47	19	0,80	4		15,30	0,06 %	1,28			15,23 DM
Aslan Behrem	25,42	40,62	19	0,50	3	3	12,66	0,06 %	1,27	L 05.0	Steißbeinzyste	20,31 DM
Jung Rüdiger	17,73	29,84	15	0,47	4	4	8,29	0,05 %	1,18	K 60.2	Fissur/Rektalfistel	14,92 DM

erfassung wie DTA, da auf diese Weise mit Echtzeiten und nicht mit pauschalisierten Daten gearbeitet wird. Neben den Ist-Daten können jedoch auch die PPR- bzw. LEP®-Daten mit eingebunden werden. In den einzelnen DRG-Fallgruppen werden die sich ergebenden Erlöse (mit ho-

her Wahrscheinlichkeit) über Punktwerte festgelegt. Daher ist es wichtig, dass die real entstehenden Personalkosten im Krankenhaus pro Fall bzw. pro Diagnosegruppe als Arbeitsgrundlage ermittelt und weiter verarbeitet werden, insbesondere auch deshalb, weil die Personalkosten im Krankenhausbereich einen

Anteil von rund 55 bis 75 Prozent am Gesamtbudget ausmachen. Allerdings bestehen jedoch noch Defizite hinsichtlich der Leistungstransparenz, dieses müsse in Zukunft noch näher untersucht werden. Durch die Ist-Zeitenerfassung ist selbstverständlich keine 100-prozentige Si-

cherheit gegeben, was die Ausführungsqualität der einzelnen Leistungen betrifft. Es kann aber sehr wohl die tatsächliche Zeitressource aufgezeigt werden, die zur realen Tätigkeitserfüllung aufgewendet wurde.

Das realistische Bild des Pflegegeschehens am Patienten, das durch die DTA zeitnah und kontinuierlich abgebildet wird, bietet eine hervorragende Ausgangsbasis zur Diskussion von Normen und Werten, insbesondere auch jener, die mittels PPR oder anderen Klassifizierungswerkzeugen erhoben worden sind – wenn auch ein derartiger Vergleich nur bedingt zulässig ist. Im Hinblick auf die Anwendung von LEP besteht eine Projektzusammenarbeit zwischen der Kreiskrankenhaus Siegen gGmbH, der Forschungsgruppe Metrik und dem Deutschen Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (dip). Darüber hinaus wird in unmittelbarer Zukunft ein weiteres Projekt im Kreiskrankenhaus Siegen gestartet, um neben DTA und LEP ein Messinstrument für die qualitative Leistung des Pflegedienstes zu überprüfen. In Kooperation mit den bereits genannten Partnern wird versucht, mithilfe des Functional Independence Measure (FIM®) die Pflegeleistung in sieben Bereichen auf ein Qualitätsprofil hin zu durchleuchten.

## Datenerfassung

Bei der diagnosebezogenen Tätigkeitsanalyse (DTA) handelt es sich um eine mobile zeitnahe Datenerfassung in Bezug auf die durchzuführenden Tätigkeiten. Das Erfassungsgeschäft hat in etwa die Größe eines Taschenrechners (14 x 7 x 1,5 cm). Es besteht aus einer Tastatur, einem Display, einem integrierten Barcodescanner und einem Datenspeicher. Der „doculine“ ist für den Pflegedienst ideal, da er relativ bruchstabil (Stürze aus einer Höhe von bis zu 1,60 m übersteht er unversehrt), Desinfektionsmittelbeständig und Spritzwassergeschützt ist. Jeder Mitarbeiter führt das Gerät über die gesamte Arbeitszeit hinweg mit sich und erfasst die von ihm erbrachten Leistungen kontinuierlich, patientenbezogen und vor allem zeitnah. Die erfassten Daten werden zum Dienstende in ein PC-Programm, den „DocuKeeper“, eingelesen und gespeichert.

Die DTA setzt sich aus vier Elementen zusammen (Abb. 1). Im Rahmen der pflegerischen Erstbegutachtung erfolgt eine Eingruppierung aller Patienten. Hier werden die bekannten Verfahren wie ICD-10, PPR etc. genutzt, wobei man auch die in den jeweiligen Einrichtungen verwendeten Systeme (zum Beispiel LEP, FIM, ICD und OPS 301) komplikationslos nutzen kann.

## Der Autor

**Christian J. Lanz ist Diplom-Medizinpädagoge und Pflegedirektor im Kreiskrankenhaus Siegen. Daneben ist er KTQ-Visitor und proCum Zert-Pilotvisitor.**



## Der Autor

**Winnfried Zinn ist Krankenpflegehelfer und Diplom-Psychologe. Er gründete die Forschungsgruppe Metrik in Grebenheim-Bermuthshain.**



Zu Beginn der Einführung werden für den jeweiligen Arbeitsbereich Tätigkeitslisten aus einem Fundus als Hauptgruppen generiert. Diese Hauptgruppen werden dann in Abstimmung mit den leitenden Pflegekräften mit den Einzelaktivitäten gekoppelt bzw. systematisch katalogisiert. Die dabei entstehenden Tätigkeitsgruppen orientieren sich an bestehenden und eingesetzten Kategorisierungssystemen, zum Beispiel den ATL von Roper, den AEDL von Krohwinkel, den vereinbarten Leistungskomplexen in der ambulanten Pflege oder selbst bestimmten Systemen. Eine einrichtungsbezogene Selektion und Kategorisierung lässt sich nach Absprache einfach und schnell vornehmen. Der Erfassungsbereich ist flexibel zu gestalten, so dass das Gerät für alle Berufsgruppen einsetzbar ist.

Der zweite Schritt ist eine kontinuierliche, patientenspezifische Leistungserfassung mithilfe von „doculine“. Die elektronisch erfassten Tätigkeiten werden automatisch dokumentiert, zusätzliche Tätigkeitsdokumentationen entfallen. Dabei hat der Mitarbeiterschutz absolute Priorität, das heißt, es gibt keine Einzelauswertung für den einzelnen Mitarbeiter. Die Einführung eines solchen Systems kann nur in enger Kooperation mit dem Betriebsrat umgesetzt werden. Dieser hat ein hohes Interesse an der Vereinfachung des nicht unerheblichen administrativen Arbeitsanteils.

## Datenauswertung

Jeder Station wird ein Programm zur Verfügung gestellt, das verschiedenste Auswertungen ermöglicht. Die quantifi-

zierbare Darstellung von Leistungsstrukturen wie in Abbildung 2 gibt Hinweise, welche Themengebiete auf qualitativer Ebene diskutiert und gegebenenfalls neu vereinbart werden müssen. Beispielsweise bedeuten unterschiedliche Anteile an prophylaktischen Maßnahmen nicht zwangsläufig unterschiedliche Qualitätsniveaus. Jedoch wird ein Austauschbedarf auf inhaltlicher Ebene – auch interdisziplinär – deutlich.

Einen kleinen Einblick in die weiteren Auswertungsmöglichkeiten zeigen die Beispiele in Abbildung 3 und 4. Abbildung 3 veranschaulicht die unterschiedliche Arbeitsbelastung im Tagesverlauf. Es gibt eine länger andauernde Überlastung zwischen 5 und 7.30 Uhr sowie zwischen 21 und 23 Uhr und Belastungsspitzen beispielsweise um 13 Uhr. Auf solche Ergebnisse kann zum Beispiel durch eine veränderte Personalplanung reagiert werden.

Auswertungen in Bezug auf die Patienten einer Station, die spezifischen Kennzahlen und die anfallenden Personalkosten sind in Abbildung 4 exemplarisch dargestellt. Aus dieser Darstellung können beispielsweise die real entstehenden Personalkosten pro Tag und Patient abgelesen werden.

Für die einzelnen Arbeitsbereiche können sich aus den Daten vielfältige Verbesserungspotenziale für die Mitarbeiter ergeben, wenn diese identifiziert werden. Durch Vergleichswerte werden eigene Stärken, Schwächen und Besonderheiten erkannt und können bei der Optimierung im dritten Schritt gut mit eingebracht werden (Benchmarking).

Die Forschungsgruppe Metrik befasst sich seit vielen Jahren mit der Datenerhebung und -auswertung im Krankenhaus- und Altenheimbereich. Gemeinsam mit dem Pflegedirektor der Kreiskrankenhaus Siegen gGmbH wurde in enger Kooperation das DTA-System geschaffen, ständig angepasst und weiterentwickelt. Unter anderem erarbeitet die Forschungsgruppe Metrik kontinuierlich übergreifende Vergleiche und stellt sie in regelmäßigen Abständen den beteiligten Krankenhäusern und Altenwohnheimen zur Verfügung. Die Forschungsgruppe Metrik ist mit der ständigen Weiterentwicklung und kontinuierlichen Anpassung des DTA-Systems an aktuelle Anforderungen beschäftigt. ♦

### Kontakt:

E-Mail: info@metrik.org  
E-Mail: C.Lanz@Kreiskrankenhaus-Siegen.de

### Link zum Thema:

[www.fischer-zim.ch](http://www.fischer-zim.ch)  
Artikel zu DRG- und anderen Patientenklassifikationssystemen